

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego-początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego: stadium zaawansowania choroby.

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące.

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje ,czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium.

5. Ocena wyników leczenia, rokowania(możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja.

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie.

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie(w załączeniu).

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(data).....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej Pacjenta?

TAK/NIE*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK/NIE*

.....

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**

TAK/NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

.....
.* nie potrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie